

สถานการณ์การคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก

ฝนทอง มีอารีย์, พย.บ.¹กมลพรรณ วัฒนาร, พร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นกระบวนการสำคัญในการจัดการผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 22 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารของโรงพยาบาล 2 คน แพทย์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน และผู้ให้บริการ 6 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจนข้อมูลอิ่มตัว จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์การคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สถานการณ์การปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย ความผิดพลาดในการคัดแยกความเร่งด่วน สาเหตุความผิดพลาดในการคัดแยก การปฏิบัติการคัดแยกความเร่งด่วนในปัจจุบัน ความท้าทายในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการคัดแยกความเร่งด่วน 2) สมรรถนะการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ เจตคติ และทักษะที่จำเป็น 3) แบบแผนการพัฒนาสมรรถนะการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย ด้านโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ การศึกษานี้สามารถนำไปใช้สร้างระบบที่เลี้ยงให้พยาบาลที่มีประสบการณ์สอนงานพยาบาลใหม่อย่างใกล้ชิด ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การคัดแยกระดับความเร่งด่วน, ผู้ป่วยฉุกเฉิน, โรงพยาบาลชุมชน

หมายเหตุ: บทความนี้ได้ผ่านการนำเสนอในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงาน ประจำปี 2566

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่รับ: 20 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไข: 19 ธันวาคม 2567 วันที่ตอบรับ: 29 ธันวาคม 2567

¹ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล kamonpun@pckpb.ac.th

The situation of emergency patient triage among professional nurses in the emergency department of one community hospital in the western region

Fontong Meearee, B.N.S.¹

Kamonpun Wattanakorn, Ph.D.^{2*}

Abstract

Emergency patient triage is crucial in managing patients who come for services in the accident and emergency department. This research aims to study the situation of emergency patient triage by professional nurses in the emergency department of a community hospital in the western region. The key informants, totaling 22 people, consisted of 2 hospital administrators, 5 doctors, 9 professional nurses, and 6 service users. The tool used was a semi-structured interview form, validated for content by experts. Data was collected through in-depth interviews and focus group discussions until data saturation was reached. The data obtained from the transcripts was then analyzed using content analysis. The research results found that the study of the emergency patient triage situation by professional nurses in the emergency department revealed three main issues: 1) emergency triage situations: triage errors, causes of triage errors, current triage practices, challenges in triage, and suggestions for improving triage 2) nurses' triage competencies: knowledge and ability, attitude, skills 3) organizational designs for nurses' triage competency development: structure, process, and outcome. Recommendations from this research could be used to create a mentoring system where experienced nurses closely train new nurses and to review and improve triage guidelines to suit the hospital's context.

Keywords: Triage, Emergency patients, Community hospital

Annotation: This article has been presented at academic conferences and presentations in King Mongkut's Hospital, Phetchaburi Province, on 2024, February 16.

Received: Jun 20, 2024 Revised: Dec 19, 2024 Accepted: Dec 29, 2024

¹ Register Nurse, Banlaem Hospital Phetchaburi Province

² Lecturer, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-mail: kamonpun@pckpb.ac.th

บทนำ

การคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency triage) เป็นกระบวนการสำคัญในการจัดการผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการและจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน (Gilboy et al., 2020) ในประเทศไทย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยใช้ระบบการคัดแยก 5 ระดับ (emergency severity index: ESI) (National Institute of Emergency Medicine, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ เป็นนโยบายสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านบริการเป็นเลิศ โดยการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน ซึ่งการคัดแยกระดับความเร่งด่วน (triage) เป็นมาตรฐานหนึ่งของ “ห้องฉุกเฉินคุณภาพ” ที่ทุกสถานพยาบาลต้องพัฒนาให้บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาล (Department of Medical Services, 2018) จำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ประกาศโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีการกำหนดการคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินคลาเคลื่อน เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นข้อหนึ่งที่ต้องขับเคลื่อนเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Institute for Accreditation of Hospital Quality, 2019)

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นบริการที่เปิดให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นด่านแรกที่ทำให้การบริการผู้ป่วยที่มาด้วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกประเภทและมีความรุนแรงหลายระดับ ต้องการการประเมินที่รวดเร็ว แม่นยำ ถูกต้อง เพื่อการตัดสินใจในการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ภายใต้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำกัด กระบวนการคัดกรองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาตามลำดับก่อนหลัง ซึ่งถ้าพยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องก็จะช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Martinez-Segura et al., 2017) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางส่วนยังมีข้อจำกัดไม่สามารถประเมินและคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน (Suamchaiyaphum et al., 2019)

ความถูกต้องของการคัดแยก (accuracy triage) เป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินระดับความเร่งด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยต้องสอดคล้องกับสภาพจริงของผู้ป่วย ณ เวลาที่ทำการคัดแยก การคัดแยกที่มีความแม่นยำนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว สามารถแก้ไขภาวะที่คุกคามชีวิตได้ทันท่วงที ซึ่งส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ถึง ร้อยละ 15 (Richardson, 2020) อย่างไรก็ตาม หากการคัดแยกเกิดความผิดพลาด โดยเฉพาะการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น อาจส่งผลเสียหลายประการต่อผู้ป่วย กล่าวคือ อาจทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้เวลารักษาในแผนกฉุกเฉินนานขึ้นกว่าที่ควร ระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าปกติ ในทางกลับกัน การคัดแยกที่สูงกว่าเกณฑ์ก็อาจส่งผลกระทบต่อในทางลบเช่นกัน โดยอาจทำให้ผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการรุนแรงกว่าต้องรอรับการรักษานานขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติได้ (Di Somma et al., 2015) ดังนั้น การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างถูกต้องและแม่นยำจึงเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกฉุกเฉิน เพื่อให้

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและทันที่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ดีและความปลอดภัยของผู้ป่วยในที่สุด

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีความสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ชนบท แต่มักประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Institute for Accreditation of Hospital Quality, 2019) ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต้องรับบทบาทสำคัญในการคัดแยกและประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่ศึกษามีขนาด 30 เตียง มีระบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยนำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน (MOPH ED. Triage) (Department of Medical Services, 2018) มาปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลและถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อประเมินผลการคัดแยก ในปี 2565 สถิติจำนวนผู้รับบริการของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 26,679 ราย การทบทวนคุณภาพการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้รับบริการ จากจำนวนทั้งหมด 10,371 ราย พบความคลาดเคลื่อน 109 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.05 โดยมีการจัดระดับคลาดเคลื่อนต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) 74 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.71 และมีการจัดระดับคลาดเคลื่อนสูงกว่าเกณฑ์ (over triage) 35 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.34 (Emergency department, community Hospital, 2023) ถึงแม้ว่าจำนวนสถิติจะไม่สูงมากนักแต่เป็นอุบัติการณ์ที่จะนำไปสู่การช่วยเหลือภาวะวิกฤตของชีวิต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้รับการรักษาล่าช้า คลาดเคลื่อน เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกครั้งในระยะเวลาอันสั้นหลังจากกลับบ้านไป และในบางกรณีการคัดแยกที่ไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น การคัดแยกระดับความเร่งด่วนอย่างถูกต้องที่จะส่งผลถึงแนวทางการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล การฝึกอบรม และความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย (Phromdee et al., 2017) แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจะกำหนดให้พยาบาลที่สามารถจะทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินได้นั้น ต้องมีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี หรือได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อเตรียมความพร้อม แต่ก็ยังพบความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก ซึ่งสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในด้านนี้อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ การศึกษาสถานการณ์การคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างสมรรถนะที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันตกและผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ) ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันตก เพื่อทราบถึงนโยบายและแนวทางการบริหารจัดการระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. แพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันตก ที่ได้รับมอบหมายให้หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5 คน
3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 9 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) มีประสบการณ์ในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 3) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ) ที่ได้ผ่านกระบวนการคัดแยกความเร่งด่วน จากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันตก และรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยใน จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีคุณสมบัติผ่านการอบรม เก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในปี พ.ศ. 2563 และ 2566 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีหลังการสัมภาษณ์สิ้นสุดลงทันที เพื่อบันทึกสถานการณ์ที่สังเกตได้ขณะสัมภาษณ์ว่า มีอิทธิพลต่อผู้ให้ข้อมูลอย่างไร รวมทั้งสังเกตการแสดงออกต่าง ๆ สีหน้า ท่าทาง การปฏิบัติตัวและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ให้ข้อมูล 5) แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviews) แบบกึ่งโครงสร้าง โดยลักษณะของแนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและไม่เป็นคำถามนำที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการคัดแยกและการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน/การวิจัยเชิงคุณภาพ พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้แนวคำถามหลักและคำถามรองในการสอบถามกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 5 คน ตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านคิดว่า ตอนนี้องค์การณที่เป็นอย่างนี้ในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล เป็นอย่างไร”

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี PBEC No. 49/2566 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2566 และได้ทำหนังสือชี้แจงผู้ให้ข้อมูลให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลการวิจัยจะไม่สามารถอ้างอิงไปถึงตัวบุคคลและทำลายข้อมูลภายใน 1 ปีหรือภายหลังจากงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการส่งเอกสารขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชนที่ศึกษา เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์และพยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คัดเข้า และนัดหมายวัน เวลาที่จะสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interview) สำหรับผู้บริหาร และใช้การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) สำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยดำเนินการโดยเริ่มต้นแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคย จากนั้นถามคำถามหลักและคำถามรอง ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ปราศจากการตัดสินถูกผิด ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะอธิบายเรื่องราวต่างๆได้อย่างลึกซึ้ง โดยขออนุญาตบันทึกข้อมูล โดยมีทีมวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล ดังนี้

- 1) ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โดยผู้วิจัยใช้เวลา ประมาณ 45 นาที จำนวน 2 ครั้ง
- 2) ครั้งที่ 2 สนทนากลุ่ม สำหรับแพทย์ โดยผู้วิจัยดำเนินการ ณ ห้องพักรักษาตัวจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง
- 3) ครั้งที่ 3 สนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยดำเนินการ จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง
- 4) ครั้งที่ 4 สนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการ (ป่วยและญาติ) โดยผู้วิจัยดำเนินการ จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที

ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งที่ 2 ของแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยจะคืนข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้ตรวจสอบยืนยัน ก่อนนำข้อมูลที่ได้นั้นไปวิเคราะห์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้และคุณภาพของข้อมูล (trustworthiness) ตามแนวคิดของลินคอนและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการกำหนดประเด็น (theme) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบในการเก็บรวบรวมวิจัยในครั้งที่ 2 และให้ทีมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความอึดตัวของข้อมูล 2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระจากนั้นนำเสนอประเด็น

มาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมทำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลฉุกเฉินและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพิจารณาประเด็นหลักและสาระให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 3) การนำไปใช้ (transferability) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่างทางด้านข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อให้ผู้อ่านเลือกในการนำไปประยุกต์ใช้ และ 4) การยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ไว้ในไฟล์ เพื่อให้ตรวจสอบข้อมูลได้ตลอดเวลา จากนั้นผู้วิจัยคืนข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ โดยนำข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยืนยันว่า เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหา (content analysis) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาภาพรวมโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย 2) กำหนดรหัส (code) จากคำ ประโยค และย่อหน้าซึ่งสะท้อนถึงความหมายสำคัญของผู้ให้ข้อมูล (Holloway & Galvin, 2016) เกี่ยวกับประสบการณ์การการคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินจากนั้นนำรหัสที่มีเหมือนกันมาสร้างกลุ่มของรหัส (category) 3) ขั้นตอนสุดท้ายเชื่อมโยงกันระหว่างกลุ่มของรหัส ที่สะท้อนสถานการณ์การคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินแล้วจัดระเบียบให้เป็นประเด็น

ผลการวิจัย

ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา เป็นเพศหญิง 2 คน ซึ่งอายุมากกว่า 50 ปี แพทย์ผู้ปฏิบัติงานเพศหญิง 4 คนและเพศชาย 1 คน ซึ่งอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี พยาบาลวิชาชีพของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพศหญิง 8 คนและเพศชาย 1 คน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี รองลงมาอายุ 41-50 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 25 ปี และกลุ่มผู้ใช้บริการ (ญาติผู้ป่วย) ที่เคยได้รับบริการจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นเพศหญิง 5 คน และเพศชาย 1 คน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี

ผลการศึกษาสถานการณ์การคัดแยกความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ที่ศึกษา มีดังนี้

1. สถานการณ์การปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพจะใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินคัดแยกความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล จัดลำดับความรุนแรงด่วนปฏิบัติการพยาบาลโดยการดูแลช่วยเหลือขั้นต้น รายงานแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล สังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม ศึกษาพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1 ความผิดพลาดในการคัดแยกความรุนแรงด่วน การปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพยังพบสถานการณ์การคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ หรือการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งบางครั้งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือทันที่ ซึ่งอาจเป็นผลให้ได้รับอันตรายได้ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“under triage มีเคสหนึ่งที่เป็นผู้สูงอายุมาด้วย AGE (ลำไส้อักเสบ) เวียนศีรษะ ฉีดยาแล้วก็ D/C (จำหน่าย) กลับบ้านไป หลังจากนั้น คนไข้กลับมา revisit ด้วย sepsis ไม่ได้ investigate ตั้งแต่แรก เคสนี้ท้ายสุด

แล้วก็เสียชีวิต” (G3: RN1F49)

“under triage เจอบ้างแต่ว่าไม่บ่อย ก็คือในบางเคสที่ว่า การวินิจฉัยมันค่อนข้างยากในบางกลุ่มอาการ ตัวอย่างเช่น กลุ่มอาการ ACS (โรคหัวใจ) แม้พบน้อยก็จะมีบททบทวนกันตลอด เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดอีก” (G2: Dr2F28)

“ก็พอจะทราบมาว่า มี under report บ้าง มีบางรายที่คนไข้กลับบ้านไป แล้วอาการไม่ดีขึ้น วันสองวัน ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง หรือบางรายทำให้วินิจฉัยล่าช้า” (G1: Ad1Ph.F54)

1.2 สาเหตุความผิดพลาดในการคัดแยก พยาบาลวิชาชีพบางส่วนขาดประสบการณ์การประเมินคัดแยก ระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน แม้ว่าทุกคนจะมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาล แต่ในบางสถานการณ์ที่จำเป็นจะต้องใช้การตัดสินใจที่เหมาะสมกับภาวะวิกฤต ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่เป็นสมาชิกทีมคัดกรองเบื้องต้นแล้ว พยาบาลหัวหน้าเวร (incharge) ก็ต้องประเมินซ้ำอีก เพื่อตัดสินใจในการรายงานแพทย์ รวมทั้งอาจจะต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อนมีคำสั่งการรักษาจากแพทย์ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“ประเมินตั้งแต่คนไข้เริ่มมาถึง โดยมีน้อง member เดินไปดูก่อน หลังจากนั้น incharge จะเดินไปประเมินต่อ การประเมินซ้ำโดยพี่ๆที่มีประสบการณ์จะทำให้แยก under/over triage ได้” (G3:RN2F48, G3:RN3F46)

“เราซักประวัติ check V/S ตรวจร่างกายเบื้องต้น และเจาะ DTX เพื่อวินิจฉัยเบื้องต้น คนไข้ผู้สูงอายุมาด้วยไข้ ก็ต้องมีการตรวจ Blood lactate เพื่อวินิจฉัยเรื่อง Sepsis ตรงนี้พี่ก็ต้องสอนน้อง ๆ ที่บางคนก็ไม่ทราบ” (G3: RN6F46, G3: RN8F48)

“น้องจบใหม่จะช่วยซักประวัติเบื้องต้น check V/S เจาะ DTX เป็น Med nurse รับ order จากพี่ in charge ทำหัตถการทั่ว ๆ ไป ให้คำแนะนำกับคนไข้ให้สังเกตอาการที่ผิดปกติเมื่อกลับบ้าน (G3: RN4F23, G3:RN1M24)

1.3 การปฏิบัติการคัดแยกความเร่งด่วนในปัจจุบัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นไปแนวปฏิบัติตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ MOPH ED. Triage โดยมีการใช้คู่มือการปฏิบัติ (guideline) มีการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ จัดทำเป็นเอกสาร 1 หน้า (one page) ไว้ที่โต๊ะของพยาบาลหัวหน้าเวร และมีกระบวนการตรวจสอบโดยหัวหน้างาน มีการกำหนดนโยบาย ตัดสินใจ วินิจฉัยตลอดจนวางแผนทางต่าง ๆ ไว้เป็นบรรทัดฐาน ดังที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ได้สะท้อนข้อมูลเรื่องนี้ว่า

“จะมีเกณฑ์การ triage ติดให้ดูตรงเคาน์เตอร์ ให้ดูเบื้องต้น ว่าพอที่จะเข้าช่วยอะไรบ้างจากที่เราดูอาการประเมินคนไข้” (G3: RN7F46)

“ระบบการคัดแยก เรามี CPG ในการปฏิบัติงานที่หัวหน้าจะทำใส่เล่มไว้ ได้มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และแบบพี่สอนน้อง” (G3: RN3F29)

“เรามี CPG รายโรคเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการรายงานแพทย์ตามระดับความรุนแรง” (G3: RN7F48)

“พยาบาลที่อาวุโสจะทำหน้าที่หัวหน้าเวร การ Consult แพทย์เวร จะดูตาม CPG consult แพทย์ โดย รายงานแพทย์ตั้งแต่สี่เหลืองและในผู้ป่วย revisit สำหรับการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นแทนแพทย์ ตรงนี้ต้องเป็นพื้นที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางมาแล้ว (G3: RN3F29, G3: RN8F48)

“มีระบบการนิเทศการ triage เป็นรายบุคคล ในหน่วยงานเชิงบริหารนั้น หัวหน้าพยาบาลก็จะนิเทศ หัวหน้างานอีกที” (G1: Ad2RNF58)

1.4 ความท้าทายในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้บริหารโรงพยาบาลรับรู้ว่าการคัดกรองไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ามาอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวนมาก ส่งผลให้แพทย์และพยาบาลเสียเวลามาก และทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจริง ๆ ไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปัญหาการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนหนึ่งมาจากบริบทของโรงพยาบาลที่ประชาชนไม่เข้าใจภาวะฉุกเฉิน ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“รู้สึกว่าคนไข้บางรายไม่ได้เข้ามา ER ด้วย vital signs ผิดปกติ แต่มาด้วยตามคำบอกเล่า เช่น เวียนศีรษะมาก นั่งไม่ไหวส่งผลเกิด ER Crowding ทำให้เราเคลียร์คนไข้อาการที่ Emergency ไม่ทัน เพราะต้องให้การดูแลคนไข้กลุ่มนี้ที่ไม่ได้มีอาการรุนแรง อุบัติเหตุรายใหม่ที่มาเจ็บเล็กน้อยเข้ามาเลยทั้ง ๆ ที่รอได้” (G3: RN2F27)

“Over triage แบบเวียนหัว อาเจียน ถ้าเป็น รพ. ใหญ่จะไม่ได้เข้า ER แน่นนอน ขึ้นกับบริบทของ รพ. ที่นี้ทำให้หมอต้องมาจัดลำดับก่อนหลังอีกรอบหนึ่ง” (G2: Dr2F28)

1.5 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการคัดแยกความเร่งด่วน แพทย์และพยาบาลมีความเห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ควรมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมจาก MOPH ED. Triage บางส่วน และให้ทีมสหสาขาใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้สามารถจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินได้ดีและผู้ป่วยได้รับการที่ดี ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“Guideline จะทำให้การทำงานให้เป็นไปในแนวเดียวกัน เป็นขั้นเป็นตอนมากขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดีทั้งคนไข้แล้วก็พยาบาลด้วย ช่วยป้องกันการเกิดข้อร้องเรียน” (G3: RN1F49)

“แนวทางการ triage ที่เราใช้กัน หัวหน้าจัดทำเป็นเอกสารประจำอยู่ที่โต๊ะที่ ER ทำให้สะดวกเพิ่มมากขึ้น ดูได้ไวขึ้น ประเมินได้เร็วขึ้น คนไข้ก็มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น” (G3: RN7F48)

“การใช้แนวปฏิบัติ ทำให้คัดเลือกได้ก่อน ว่าเคสไหนที่ควรจะต้อง consult แพทย์เลย หรือว่าเคสไหนรอได้ ก็จะทำให้เวลารักษาคนไข้ที่แบบ Emergency ได้ดีขึ้น” (G2: Dr1F28)

“การมีเกณฑ์ Triage ทำให้พยาบาลทำงานง่ายขึ้น พยาบาลเป็นคนแรกที่ประเมินคนไข้ แพทย์จะมาประเมินซ้ำอีกที” (G2:Dr2M28)

2. สมรรถนะการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลและพยาบาลมีความเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีในการให้บริการและมีทักษะที่จำเป็น ซึ่งทางโรงพยาบาลชุมชนมีกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งในลักษณะการประชุมประจำปีและการอบรมระยะสั้น

2.1 ความรู้ ความสามารถ ของพยาบาลวิชาชีพบางส่วนของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ที่ศึกษา ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกระดับความเร่งด่วน โดยเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น: NP) และเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) โดยผู้บริหารของโรงพยาบาลและ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลว่า

“เรามีแผนการส่งคนอบรม คือถ้าเป็นนโยบายของโรงพยาบาลเป็นงาน routine ก็ส่งได้เลย แล้วก็จะมีชนิดแบบว่า เปิดกว้าง ใครสมัครใจที่อยากจะไปเรียน จะมีการพิจารณาให้ ปีละ 2 ครั้ง ตามการพิจารณาของหัวหน้า หน่วยงานและองค์กรพยาบาลที่จะกลั่นกรองส่งขึ้นไป” (G1: Ad1Ph.F54)

“น้องจบใหม่มีประสบการณ์น้อย โรงพยาบาลเราจะส่งไปอบรม เพิ่มพูนความรู้ทั้งหลักสูตร NP และ ENP” จะได้ทำงานให้แม่นยำมากขึ้น แล้วก็ถูกต้องมากขึ้น” (G3: RN5M25, G3: RN1F49)

“คนที่จบ ENP ก็จะเป็นในเรื่องของ Emergency เป็นส่วนใหญ่ ก็คือเรื่อง In Hos, Pre- Hos แต่ว่า ในเรื่องระดับการตรวจโรคทั่วไป พวกนี้ยังไม่ได้เรียน เวลาเป็น incharge ก็ไม่ค่อยมั่นใจในการตรวจ ในการสั่งยา ที่จะสั่งให้กับคนไข้ หรือการ Investigate” (G3: RN2F27, G3: RN3F29)

2.2 เจตคติ เจตคติของพยาบาลวิชาชีพของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแสดงถึงการมีความ ตระหนักถึง ความสำคัญของการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้สามารถปฏิบัติงานสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยระบุว่า

“อยากเรียน ENP เพื่อพัฒนาระดับความรู้ของตัวเอง โดยเฉพาะเรื่องของการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน” (G3: RN4F23)

“แม้ว่าทางโรงพยาบาลฯ จะจัดการอบรมเกี่ยวกับ triage ให้บุคลากรเป็นประจำทุกปี แต่ส่วนตัว ก็อยากจะพัฒนาในเรื่องของการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มากขึ้น” (G3: RN4F23)

2.3 ทักษะที่จำเป็น พยาบาลวิชาชีพของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้อง มีประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวหน้าเวรจะต้องมีทักษะในการตัดสินใจ สั่งการ สื่อสารและ ประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า

“พยาบาลจะซักประวัติ check V/S ให้การดูแลเบื้องต้น ในผู้ป่วยที่เราออกไปรับ EMS ต้องตัดสินใจ ประเมินคนไข้ให้เร็ว ให้การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินวิกฤต อาจจะ consult ศุภณัฏฐ์ หรือแพทย์ที่ รพ. ซึ่งตรงนี้ น้องบางคนยังตัดสินใจไม่ได้” (G3: RN3F46)

“ในการมอบหมายงานให้เป็นหัวหน้าเวร จะมีการ training 360 องศา ก่อนเป็นหัวหน้าเวร มีระบบ Buddy ในการ train งาน มีระบบพี่สอนน้อง ประเมินโดยผู้ร่วมงานก่อนเป็นหัวหน้าเวร หัวหน้าเวรต้องผ่านหลักสูตร NP หรือ ENP” (G2: Ad2RN.F58)

3. แบบแผนการพัฒนาศมรรถนะการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แบบแผนการพัฒนาศมรรถนะการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ

และฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2003) มีองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่

3.1 ด้านโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า โรงพยาบาลมีทรัพยากรเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก (material resources) เพียงพอ ทันสมัยและพร้อมใช้ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างข้อความที่กล่าวไว้ว่า

“ด้านทรัพยากร ของใช้ของโรงพยาบาลเรา มีเพียงพอและทันสมัยเหมือนโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ” (G3:RN1F49)

“แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลเรา มีทั้ง EKG 12 leads อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่ทันสมัย รวมทั้ง มียาที่จำเป็นเพียงพอ พร้อมใช้ในการให้บริการผู้ป่วย” (G3:RN3F46)

นอกจากนี้ยังมีทรัพยากรบุคคล ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีประสบการณ์มากกว่า 25 ปี และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยกเว้น พยาบาลวิชาชีพที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ที่ยังต้องพัฒนา อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงาน ว่าปัจจุบันอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่มียังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณาจากปริมาณงานหรือภาระงาน โดยพบว่า ในบางเวรมีจำนวนพยาบาล 3-4 คน โดยระบุว่า

“อัตรากำลังของเรามันจำกัด การที่จะทำ Treatment ทุกอย่างภายใน ER มันก็ได้ไม่เต็มที่ มันเหมือน บางเคสต้องรอ บางเคสไม่มีคนทำ อันนั้นมาก (Urgent) คนนี้ Emer กว่า คนเราก็ต้องไปอยู่ทางที่ Emer กว่าก่อน แล้วคนที่จะมาทำตรงส่วนที่มาก (Urgent) จะไม่มี” (G3: RN2F27)

“พยาบาลไม่เพียงพอ เนื่องจากมี EMS refer ในทุกเวร และจะไม่เพียงพอถ้ามีเคสฉุกเฉินซ้อนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตรากำลังตั้งแต่ช่วง 4 โมง ถึง 2-3 ทุ่มคนไข้เราจะเยอะ ทำไม่ทัน” (G3: RN3F29, G3: RN6F46)

3.2 ด้านกระบวนการ โรงพยาบาลใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นไปแนวปฏิบัติตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ MOPH ED. Triage โดยมีการอบรมพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในลักษณะที่เป็น การสอนรายกลุ่ม รายบุคคล และมีคู่มือการปฏิบัติ (guideline) มีกระบวนการตรวจสอบโดยหัวหน้างาน มีการกำหนดนโยบาย ตัดสินใจ วินิจฉัย ตลอดจนวางแผนทางต่าง ๆ ไว้เป็นบรรทัดฐาน ดังที่แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ได้สะท้อนข้อมูลเรื่องนี้ว่า

“ระบบการคัดแยก เรามี CPG ในการปฏิบัติงานที่หัวหน้าจะทำใส่เล่มไว้ ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองและแบบพี่สอนน้อง” (G3: RN3F29)

“เรามี CPG รายโรคเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการรายงานแพทย์ตามระดับ ความรุนแรง” (G3: RN7F48)

“มีระบบการนิเทศการ triage เป็นรายบุคคล ในหน่วยงานเชิงบริหารนั้น หัวหน้าพยาบาลจะนิเทศ หัวหน้างานอีกที” (G1:Ad2RNF58)

3.3 ด้านผลลัพธ์ คุณภาพบริการพยาบาลหรือผลการปฏิบัติการพยาบาลในการคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ได้แก่

1) ผลลัพธ์ของผู้ใช้บริการ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ผลการคัดแยกที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหา/ความต้องการการดูแล ได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้น จำนวนการแออัดของผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลลดลง ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ได้สะท้อนข้อมูลเรื่องนี้ว่า

“ลูกหอบมา รอบแรกพ่นยาดีขึ้น หมอให้กลับบ้านได้ พยาบาลให้คำแนะนำว่าถ้าลูกมีอาการหอบอีกให้มาตรวจซ้ำ พอมาถึงโรงพยาบาล เขาก็ซักประวัติเลย แล้วเข้าห้องฉุกเฉินเลย เขาก็ทำเรื่องให้นอนโรงพยาบาล ได้รับการรักษาอย่างดี” (G4: Pt1F38)

“พ่อสาลักอาหารมา เขาก็รับเอาเข้าเลยนะ พยาบาลเขาช่วยเหลือดี คือว่าเป็นหนักมาเขาก็เอาเข้าเลย ได้รับการดูแลดี” (G4: Pt3F45)

“พ่อมาด้วยภาวะแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก แล้วพ่อมมาถึงเค้าก็จะพาเข้าห้องฉุกเฉินทันที แพทย์และพยาบาลให้การดูแลอย่างเสมอภาคทุกสิทธิ์การรักษา ขึ้นมาเป็นพิเศษ คือเรื่องการดูแล” (G4: Pt5F52)

2) ผลลัพธ์ของผู้ให้บริการ จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในการคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำให้ตัวพยาบาลเองได้รับการสั่งสมความรู้ความสามารถ (tacit knowledge) มีการถ่ายทอดประสบการณ์จากหัวหน้าสู่ลูกน้อง จากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง รวมทั้งมีการเรียนรู้การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะที่เพิ่มขึ้น ดังข้ที่ผู้ให้ข้อมูล ได้สะท้อนเรื่องนี้ว่า

“การมีแนวทางการ triage ทำให้พยาบาลคัดเลือกได้ก่อนว่า case ไหนที่ควรจะต้อง consult แพทย์เลย หรือว่า case ไหนรอได้ ก็จะทำให้เวลารักษาคนไข้ที่แบบ emergency ได้ดีขึ้น” (G2: Dr1F28, G1: Ad1Ph.F54)

“เกณฑ์ triage เป็นการทำงานให้เป็นไปในแนวเดียวกัน เป็นขั้นเป็นตอนมากขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนได้” (G3: RN1F49)

อภิปรายผล (Discussion)

จากผลการศึกษาศถานการณ์การคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. สถานการณ์การปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจะมีนโยบาย มีการมอบหมายงาน มีแผนพัฒนาบุคลากร และมีการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติการคัดแยกความรุนแรงด่วนตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข แต่การปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพ ยังพบความผิดพลาดในการคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยพบประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้องหลายประเด็น ได้แก่ 1.1) ความผิดพลาดในการคัดแยกความรุนแรงด่วนพบว่า ยังมีความผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาล ทั้งในลักษณะของการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ และการคัดแยก

ต่ำกว่าเกณฑ์ อาจเนื่องมาจาก การมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำนวนมาก ซึ่งบางครั้งก็แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น มีผู้ป่วยบางส่วนที่มีการเจ็บป่วยแบบไม่เร่งด่วน ไม่จัดอยู่ในเกณฑ์ฉุกเฉินมารับบริการด้วย ทำให้บุคลากรต้องใช้เวลาไปในการบริหารจัดการภาระงานให้บริการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยทุกราย ประกอบกับพยาบาลส่วนหนึ่ง มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี จึงขาดความแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วย แม้จะมีพยาบาลหัวหน้าเวรและหัวหน้าทีม เป็นที่ปรึกษาก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ebrahimi et al. (2015) ที่พบว่า ความผิดพลาดในการคัดแยก เป็นปัญหาสำคัญในการให้บริการฉุกเฉิน โดยเฉพาะกรณี Under Triage ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ที่เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ 1.2) สาเหตุของความผิดพลาดในการคัดแยก ที่อาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ของ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความผิดพลาดในการคัดแยกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phromdee et al. (2017) ที่พบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลมีผลต่อความแม่นยำ ในการคัดแยกผู้ป่วย ระบบการทำงานที่มีการประเมินซ้ำโดยพยาบาลหัวหน้าเวร ช่วยลดความเสี่ยงจากการประเมิน ผิดพลาดได้ในระดับหนึ่ง 1.3) แนวปฏิบัติการคัดแยกในปัจจุบัน โดยโรงพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติตามมาตรฐาน MOPH ED.Triage ซึ่งทำให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพสามารถระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกต้อง ตรงกัน เป็นไปตามมาตรฐาน และผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลถูกต้องมากขึ้นภายในเวลาที่จำกัด ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ Mumklang (2024). ที่เสนอว่าการมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการจัดอบรม จัดทำคู่มือ และสื่อการเรียนรู้ต่างๆ รวมถึงระบบการนิเทศและตรวจสอบ เช่นเดียวกับ ข้อเสนอของ Angkasith (2024) ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรด้านความรู้และทักษะการประเมินและคัด แยกผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง 1.4) ความท้าทายในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้การเกิดปัญหาภาวะแออัดของ ผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน เป็นความท้าทายสำคัญที่พบในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ภาวะที่มีการขาดแคลน อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชน ทำให้เกิดความจำกัดในการจัดสรรพยาบาลประจำในแต่ละเวร การปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติจึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก สอดคล้องกับ การศึกษาของ Tettanom (2018) ที่พบว่า ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการในห้องฉุกเฉินทั่วโลก และ การศึกษาของ Paralee and Pearkao (2020) ที่พบว่า ความแออัดของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการ อาจเนื่องจากบุคลากรไม่สามารถบริหารเวลาได้อย่างเหมาะสม และ 1.5) ข้อเสนอในการพัฒนาการคัดแยกความเร่งด่วน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติใน การคัดแยก ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mumklang (2024) ที่พบว่า การใช้ แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานช่วยปรับปรุงความแม่นยำในการคัดแยกผู้ป่วย แนวปฏิบัติการคัดแยกความเร่งด่วน ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล เผยแพร่ให้เข้าถึงง่าย และนำสู่การใช้อย่างเป็นแนวทางเดียวกัน

2. สมรรถนะการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาล จากผลการวิจัยที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า สมรรถนะที่ต้องการประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน การประเมิน ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินวิกฤต การช่วยเหลือขั้นต้น ณ จุดเกิดเหตุ ทักษะการสื่อสาร การมีเจตคติและพฤติกรรมบริการที่ดี การให้คำปรึกษาและการเจรจาต่อรอง รวมทั้งสมรรถนะการรักษาโรคเบื้องต้นตามขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งสมรรถนะต่างๆเหล่านี้ มีความสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตามที่

สภาการพยาบาลฯ กำหนด (Announcement of the Nursing and Midwifery Council on principles for sorting patient urgency level 2020, 2020) รวมทั้งสอดคล้องกับการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก (Koomsuphan et al., 2022) และการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของ Bamrungphon (2015) ที่มีการกำหนดให้การประเมินอาการและการคัดกรองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. แบบแผนการพัฒนาสมรรถนะการคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหา/ความต้องการการดูแล ได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้นตามแนวคิดของ Donabedian (2003) ที่อธิบายว่า หากมีกระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน และมีความพึงพอใจ ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการก็จะมีเพิ่มพูนความรู้ มีเจตคติที่ดีและมีพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับ Koomsuphan et al. (2022) ที่อธิบายแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนไว้ว่า การพัฒนาพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเป็นระบบจะส่งผลทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาล คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และสามารถกลับไปดูแลตนเองได้ รวมทั้งบุคลากรทุกคนในทีมสหสาขาก็ทำงานอย่างมีความสุข ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีแนวปฏิบัติและระบบการพัฒนาศักยภาพที่ชัดเจน แต่การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ การพัฒนาทักษะและประสบการณ์ของบุคลากร การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และการจัดการปัญหาภาวะแออัดของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน ควรพัฒนาระบบการฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะสำหรับพยาบาลใหม่ เช่น จัดให้มีโปรแกรมการฝึกอบรมเข้มข้นเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับพยาบาลใหม่ สร้างระบบพี่เลี้ยง (mentorship) ให้พยาบาลที่มีประสบการณ์สอนงานพยาบาลใหม่อย่างใกล้ชิด
2. โรงพยาบาลชุมชน ควรทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติการคัดแยกให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงเสริมสร้างระบบการตรวจสอบและประเมินซ้ำ โดยพยาบาลหัวหน้าเวรหรือผู้มีประสบการณ์เป็นมาตรฐานปฏิบัติ
3. โรงพยาบาลชุมชน ควรแก้ไขปัญหาภาวะแออัดของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยนอกเวลาเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน และสร้างแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแม่นยำในการคัดแยกกับผลลัพธ์ทางคลินิกในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
2. ศึกษาเปรียบเทียบระบบการคัดแยกและผลลัพธ์ระหว่างแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ หรือในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือและขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Angkasith, R. (2024). Quality improvement of triage patient in emergency department, Ban Hong hospital, Lamphun province, *Nursing, Health, and Public Health Journal*, 3(2), 34-52. (in Thai)
- Announcement of the Nursing and Midwifery Council on principles for sorting patient urgency level. (2020, October 14). *Royal Gazette*. Volume 137 Chapter Special episode 240 ง, p.34-35. https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_00344.PDF (in Thai)
- Bamrunghon, P., & Abhicharttibutra, K. (2015). *Development of a competency framework for professional nurses. Accident and emergency unit, Lanna Hospital Chiang Mai Province*. [Master of Nursing Science]. Chiang Mai University. <http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/48599> (in Thai)
- Department of Medical Services. (2018). *MOPH ED. TRIAGE*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. https://wachira.moph.go.th/web_wachira/knowledge_file/20180713173042_86.pdf (in Thai)
- Di Somma, S., Paladino, L., Vaughan, L., Lalle, I., Magrini, L., & Magnanti, M. (2015). Overcrowding in emergency department: an international issue. *Internal and emergency medicine*, 10(2), 171–175. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1154-8>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University.
- Ebrahimi, M., Heydari, A., Mazlom, R., & Mirhaghi, A. (2015). The reliability of the Australasian triage scale: a meta-analysis. *World journal of emergency medicine*, 6(2), 94–99. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.02.002>
- Emergency department, community Hospital. (2023). *Statistic report receiving services at the emergency department, community hospital*. Phetchaburi Province (in Thai)

- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2020). *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Holloway, I. & Galvin, K. (2016). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (4th ed). Wiley-Blackwell.
- Institute for Accreditation of Hospital Quality. (2019). *Announcement of the Committee of the Institute for Accreditation of Healthcare Institutions regarding important standards necessary for safety*. <https://www.ha.or.th/TH/Contents> (HA). (in Thai)
- Koomsuphan, W., Chitpakdee, B., & Abhicharttibutra, K. (2022). Development of a Registered Nurse Competency Framework, Emergency Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 138-147. (in Thai)
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Martínez-Segura, E., Lleixà-Fortuño, M., Salvadó-Usach, T., Solà-Miravete, E., Adell-Lleixà, M., Chanovas-Borrás, M. R., March-Pallarés, G., & Mora-López, G. (2017). Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios [Competence of triage nurses in hospital emergency departments]. *Emergencias : revista de la Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*, 29(3), 173–177.
- Mumklang, Y. (2024). The development of triage patients model by emergency nurses in emergency Department at Kaset wisai Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 5(1), 445-456. (in Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2022). *Study of the prevalence, incidence, and causes of death and disability. From emergency illnesses in Thailand 2016-2020*. Office of Academic Research and Development. (in Thai)
- Paralee, P. & Pearkao, C. (2020). Factors Predicting Overcrowding in Emergency Room of a University Hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(2), 52-65. (in Thai)
- Phromdee, A., Patiphon Bunyapatkul, P., & Pornsiri Kanokkanchana, P. (2017). Factors influencing compliance with triage protocol in trauma patients. *Vajirasan Nursing*, 19(1), 19-32. (in Thai)
- Richardson, D. B. (2002). The access-block effect: Relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *The Medical journal of Australia*, 177(9), 492–495. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04917.x>

- Suamchaiyaphum, K., Wallada Chanruangvanich, W., Thosingha, O. & Momsomboon, A. (2019). Factors influencing the accuracy of emergency severity index-based emergency patient triage. *Nursing Council Journal*, 34(4), 34-47. (in Thai)
- Tettanom, P. (2018). Patient safety and overcrowding in emergency room. *Public Health and Health Laws Journal*, 4(2), 237-249. (in Thai)

